

PREUVES SUR LA

Réduction des grossesses précoces et involontaires chez les adolescentes

→ **Les interventions visant à réduire les besoins non satisfaits en matière de contraception et les grossesses précoces et non désirées chez les adolescentes devraient être des composantes essentielles des programmes de planification familiale dans les pays en développement.**

Les 1,2 milliard d'adolescents âgés de 10 à 19 ans dans le monde représentent 16 % de la population mondiale (7). La majorité (86 %) des adolescents vivent dans les pays en développement. Lorsqu'elles atteignent l'âge de 19 ans, la moitié des adolescentes vivant dans les pays en développement sont sexuellement actives, près de 40% d'entre elles sont mariées et près de 20 % ont des enfants (2).

En 2016, 21 millions de grossesses chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans dans les pays en développement ont été enregistrées ; près de la moitié (49 %) étaient non désirées (43 % en Asie, 45 % en Afrique et 74 % en Amérique latine et dans les Caraïbes) (2). En outre, 777 000 filles âgées de moins de 15 ans ont accouché la même année (3). Près de 23 millions d'adolescentes auraient un besoin non satisfait en matière de contraception moderne et sont exposées à une grossesse non désirée (2). Environ un cinquième (21 %) des grossesses non désirées chez les adolescentes en Asie et environ la moitié des grossesses non désirées en Amérique latine et dans les Caraïbes (49 %) et en Afrique (46 %) se terminent par un avortement effectué dans des conditions dangereuses (4).

La grossesse précoce et non désirée chez les adolescentes est influencée par des facteurs contextuels aux niveaux individuel, interpersonnel, communautaire et sociétal. Elle est également associée à des résultats sanitaires, éducatifs, sociaux et économiques défavorables qui peuvent imposer un fardeau considérable sur les économies et les systèmes de santé des pays en développement (1, 5-12). La grossesse répétée chez les adolescentes peut aggraver ces effets négatifs (13).

Les interventions qui combinent des activités de création de la demande et la fourniture de services contraceptifs peuvent accroître l'adoption de la contraception chez les adolescentes (14-17). La demande et l'offre



CONSIDÉRATIONS POLITIQUES ET PROGRAMMATIQUES

- Recueillir, analyser et utiliser des données précises et à jour.
- Formuler ou réviser les lois et les politiques nationales.
- Développer des stratégies nationales de santé sexuelle et reproductive des adolescents.
- Mettre en œuvre des stratégies avec un suivi attentif.
- Effectuer des examens périodiques des programmes.

Tableau 1. Obstacles et approches possibles pour accroître la demande et l'offre de contraceptifs chez les adolescents

OBJECTIF POUR LES ADOLESCENTS	OBSTACLES	APPROCHES PROGRAMMATIQUES FRUCTUEUSES	EXEMPLES
DEMANDE DE CONTRACEPTION			
Encourager le désir d'éviter, de retarder, d'espacer ou de limiter la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> Rôles sexospécifiques (par exemple, espoirs de devenir une épouse et une mère) Nécessité de prouver la fécondité Valeurs religieuses Normes du chemin vers l'âge adulte 	Programmes directs (par exemple, éducation SSR à l'école) et indirects (par exemple transferts conditionnels en espèces) qui améliorent l'acceptabilité d'éviter, de retarder, d'espacer et de limiter la grossesse.	Les transferts conditionnels en espèces ont transformé les trajectoires de vie des filles au Mexique et au Malawi.
Encourager le désir d'utiliser la contraception	<ul style="list-style-type: none"> Stigmatisation Tabous (communication et culture) Manque de compréhension (y compris la crainte des effets secondaires) 	Programmes d'éducation et d'information à la SSR qui améliorent la compréhension des méthodes contraceptives et de la SSR.	Il a été démontré que les programmes d'éducation aux compétences de vie et de formation professionnelle en Ouganda et en Inde permettaient d'augmenter l'utilisation de la contraception.
Favoriser un sentiment d'e libre arbitre en matière de contraception	<ul style="list-style-type: none"> Mariage précoce Pression familiale Coercition et/ou violence sexuelle Autonomie et pouvoir décisionnel limités 	Les programmes directs (par exemple l'éducation scolaire sur la négociation en matière de relations sexuelles) et les programmes indirects (par exemple développement de la jeunesse) qui augmentent le sentiment de libre arbitre chez les filles et les femmes pour exercer un contrôle sur leur vie et prendre leurs propres décisions.	L'engagement direct des adolescentes - ainsi que de leurs communautés - au Bangladesh et en Inde a permis d'améliorer le libre arbitre des filles et de prévenir le mariage précoce.
FOURNITURE DE LA CONTRACEPTION			
Assurer l'accès aux services contraceptifs	<ul style="list-style-type: none"> Manque de sensibilisation aux services Lieu inaccessible Horaires de fonctionnement peu pratiques Coûts Délais d'attente 	L'éducation et l'information sur la SSR pour savoir où et comment accéder aux services et la fourniture de services de contraception pour accroître l'accès aux services contraceptifs.	Les activités de proximité à base communautaire impliquant la fourniture d'informations et de services dans le cadre du programme national de vulgarisation sanitaire (HEP) ont entraîné une amélioration remarquable de l'utilisation de la contraception moderne par les adolescentes en Éthiopie.
Fournir des services adaptés aux adolescents	<ul style="list-style-type: none"> Manque de sensibilité des prestataires Réticence des prestataires à proposer des produits contraceptifs aux adolescentes (en raison des biais) Biais sexospécifiques Absence d'intimité/confidentialité Contraceptifs non disponibles ou en rupture de stock 	Programmes d'information et de services de SSR visant à accroître la prestation de services de qualité aux adolescentes, adaptés aux besoins des adolescentes	La mise en service des services adaptés aux besoins des adolescents a permis d'améliorer l'utilisation des contraceptifs, empêchant ainsi les grossesses en Chine et les grossesses répétées au Kenya. Des faits probants issus d'études et de projets ont été appliqués à l'échelle en Colombie, en Estonie et au Malawi.

Source: Adapté de Glinski et al. (2014) (20).

de contraceptifs aux adolescents peuvent toutefois être influencées négativement par plusieurs obstacles qui exigent des réponses programmatiques appropriées. Le Tableau 1 présente un certain nombre de ces obstacles et réponses, ainsi que des exemples d'études et de programmes qui ont utilisé certaines de ces approches pour progresser dans l'adoption de la contraception par les adolescents dans différentes régions du monde.

Par exemple, l'Estonie a mis en œuvre un programme d'éducation à la sexualité en milieu scolaire, lié aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) adaptés aux jeunes et a assuré un environnement politique favorable. Les taux d'avortement et de naissances chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont été considérablement réduits (18). L'Éthiopie a réalisé des progrès remarquables dans l'adoption de la contraception moderne chez les adolescents (de moins de 10 % en 2005 à environ 25 % en 2011) par le biais du Programme national de vulgarisation sanitaire (HEP), qui comprenait le recrutement, la formation et le déploiement d'une main-d'œuvre entièrement féminine pour fournir des informations et des services sur la santé au niveau local (19).

CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA RÉDUCTION DES GROSSESSES PRÉCOCES ET NON DÉSIRÉES CHEZ LES ADOLESCENTES

Cinq éléments doivent être mis en place afin d'appliquer les éléments de preuve aux programmes nationaux à grande échelle :

1. **Recueillir, analyser et utiliser des données précises et à jour** sur les résultats en matière de santé, l'utilisation des contraceptifs et ses déterminants, la performance des programmes et la sexualité et la fécondité des adolescents afin d'éclairer l'élaboration de lois, de politiques et de stratégies répondant aux besoins variés des différents groupes d'adolescents en fonction de leur situation sociale et économique. Par exemple, neuf naissances sur 10 auprès des filles âgées de 15 à 19 ans se produisent dans le cadre du mariage (21). Cependant, dans de nombreux endroits, les adolescentes célibataires sexuellement actives ont des taux de besoins non satisfaits en matière de contraception encore plus élevés (5). Les obstacles rencontrés par les adolescentes pour accéder aux services sont souvent très différents pour les adolescentes mariées et célibataires. Des stratégies complémentaires visant à répondre aux différents besoins des différentes populations afin de ne négliger personne doivent être employées.
2. **Formuler ou réviser les lois et politiques nationales** qui améliorent l'accès des adolescents aux services complets de SSR. Il s'agit notamment de lois et de politiques visant à obliger les travailleurs de la santé, dans les secteurs public, privé et sans but lucratif, à fournir des services complets de SSR, y compris des services contraceptifs et des avortements sûrs (lorsqu'ils sont autorisés) aux adolescentes, et ceux qui favorisent l'accès à l'éducation sanitaire axée sur les compétences, y compris l'éducation sexuelle complète. Communiquer largement ces lois et politiques et appuyer leur mise en œuvre.
3. **Élaborer des stratégies nationales de SSR** pour les adolescentes afin d'y inclure des interventions fondées sur des données probantes et contextuelles, des budgets pour

les interventions et des indicateurs permettant de suivre les progrès qui sont désagrégés selon l'âge et le statut socioéconomique.

4. **Mettre en œuvre des stratégies avec un suivi attentif des activités** et avec l'apport et l'expertise des principaux intervenants, y compris les agents gouvernementaux aux niveaux national et régional, les organisations de la société civile, les organismes des Nations Unies, les organisations et réseaux de jeunes, les organisations donatrices, les parents, les enseignants et les membres de la communauté.
5. **Effectuer des examens périodiques des programmes** afin de déterminer les leçons apprises, de tirer parti des forces et de remédier aux faiblesses.

RESSOURCES UTILES POUR INFORMER LA MISE À L'ÉCHELLE AU NIVEAU DES PAYS DES PROGRAMMES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS

- Technical Guidance for Prioritizing Adolescent Health. Every Woman Every Child. 2017 https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_EWEC_Report_EN_WEB.pdf
- WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescent-srhr-who-recommendations/en/>
- International technical guidance on sexuality education. An evidence-informed approach. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), 2018. <http://unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf>

RÉFÉRENCES

- 1 UNICEF. 2016. "Adolescents: Overview," UNICEF Data: Monitoring the Situation of Children and Women [site web]. New York: United Nations Children's Fund. <https://data.unicef.org/topic/adolescents/overview/>, accédé le 26 juin 2017.
- 2 Darroch, J.E., V. Woog, A. Bankole, et L.S. Ashford. 2016. *Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting Contraceptive Needs of Adolescents*. New York: Guttmacher Institute. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf, accédé le 26 juin 2017.
- 3 Woog, V. et A. Kågsten. 2017. *The Sexual and Reproductive Health Needs of Very Young Adolescents Aged 10-14 in Developing Countries: What Does the Evidence Show?* New York: Guttmacher Institute. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/srh-needs-very-young-adolescents-report_0.pdf, accédé le 26 juin 2018.
- 4 Darroch, J.E., S. Audam, et V. Woog. 2016. *Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. Supplementary Data Tables*. New York: Guttmacher Institute. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_downloads/adolescent_adding_it_up_2016_supplementary_data_tables.xlsx, accédé le 26 juin, 2018
- 5 V. Woog, S. Singh, A. Browne, J. Philbin. 2015. *Adolescent Women's Need for and Use of Sexual and Reproductive Health Services in Developing Countries*. New York: Guttmacher Institute. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adolescent-srhrs-need-developing-countries.pdf, accédé le 26 juin 2017.

- 6 WHO. 2017. "Adolescents: Health Risks and Solutions: Fact Sheet." Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>, accédé le 26 juin 2017.
- 7 WHO. 2011. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, sixth edition. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en, accédé le 26 juin 2017.
- 8 Birungi, H., C. Undie, I. Mackenzie, A. Katahoire, F. Obare, et P. Machawira. 2015. Education Sector Response to Early and Unintended Pregnancy: A Review of Country Experiences in sub-Saharan Africa. STEP UP and UNESCO Research Report. Strengthening Evidence for Programming on Unintended Pregnancy (STEP UP). Nairobi: Population Council and UNESCO. https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015STEPUP_EducSectorResp.pdf, accédé le 26 juin 2017.
- 9 Undie, C., H. Birungi, G. Odwe, et F. Obare. 2015. *Expanding Access to Secondary School Education for Teenage Mothers in Kenya: A Baseline Study Report. STEP UP Research Report. Strengthening Evidence for Programming on Unintended Pregnancy (STEP UP)*. Nairobi: Population Council. https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015STEPUP_EducTeenMothersKenya.pdf, accédé le 26 juin 2017.
- 10 UNESCO. 2014. *Developing an Education Sector Response to Early and Unintended Pregnancy: Discussion Document for a Global Consultation*. Paris: United Nations Educational, and Scientific and Cultural Organization. <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002305/230510E.pdf>, accédé le 26 juin 2017.
- 11 UNFPA. 2013. *State of the World Population 2013: Motherhood in Childhood - Facing the Challenge of Adolescent Pregnancy*. New York: United Nations Population Fund. <http://www.unfpa.org/publications/state-world-population-2013>, accédé le 26 juin 2017.
- 12 OMS. 2017. *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation*. Genève: Organisation mondiale de la Santé. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf?sequence=1>, accédé le 26 juin, 2018.
- 13 Govender, D., S. Naidoo, et M. Taylor. 2018. "Scoping review of risk factors of and interventions for adolescent repeat pregnancies: A public health perspective," *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine* 10(1) doi:<https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1685>.
- 14 Chandra-Mouli, V., C. Lane, et S. Wong. 2015. "What does not work in adolescent sexual and reproductive health: A review of evidence on interventions commonly accepted as best practices," *Global Health: Science and Practice* 3(3): 333-340. doi:10.9745/GHSP-D-15-00126.
- 15 Gottschalk, L.B. et N. Ortayli. 2014. "Interventions to improve adolescents' contraceptive behaviors in low- and middle-income countries: A review of the evidence base," *Contraception* 90(3): 211-225. doi:10.1016/j.contraception.2014.04.017.
- 16 Hindin, M.J., A. M. Kalamar, T. A. Thompson, et U.D. Upadhyay. 2016. "Interventions to prevent unintended and repeat pregnancy among young people in low- and middle-income countries: A systematic review of the published and gray literature," *Journal of Adolescent Health* 59(suppl. 3): S8-S15. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.04.021.
- 17 PRB. 2017. *Youth Contraceptive Use: Effective Interventions: A Reference Guide*. Washington, DC: Population Reference Bureau. <http://www.prb.org/pdf17/PRB%20Youth%20Policies%20Reference%20Guide.pdf>, accédé le 26 June 2017.
- 18 Haldre, K., K. Part, et E. Ketting. 2012. "Youth sexual health improvement in Estonia, 1990-2009: The role of sexuality education and youth-friendly services," *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 17(5): 351-362. doi:10.3109/13625187.2012.696751.
- 19 Hounton, S., A.J.D. Barros, A. Amouzou, A. Shiferaw, A. Maïga, A. Akinyemi et al. 2015. "Patterns and trends of contraceptive use among sexually active adolescents in Burkina Faso, Ethiopia, and Nigeria: Evidence from cross-sectional studies," *Global Health Action*. 8: 29737. doi:10.3402/gha.v8.29737.
- 20 Glinski, A., M. Sexton, S. Petroni. 2014. *Understanding the Adolescent Family Planning Evidence Base*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- 21 UNFPA. 2015. *Childhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy*. New York: United Nations Population Fund. http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf, accédé le 6 juillet 2017.

Auteurs : Francis Obare, Caroline Kabiru (Population Council) ; Venkatraman Chandra-Mouli, Matti Parry (Organisation mondiale de la Santé).

Ce document fait partie de l'un des sept Résumés des preuves sur la planification familiale préparés dans le cadre du Sommet de la planification familiale tenu à Londres le 11 juillet 2017. Les résumés mettent en exergue les éléments de preuve et fournissent des considérations sur la recherche et les programmes pour améliorer l'accès à la planification familiale et réduire les grossesses non désirées. Les considérations relatives aux programmes sont basées sur les opinions expertes des auteurs, qui ont procédé à des examens documentaires sur la base des preuves existantes.

Résumés des preuves sur la planification familiale

- Accélérer l'adoption de la planification familiale volontaire et fondée sur les droits dans les pays en développement (*vue d'ensemble*) (mise à jour octobre 2018)
- Financement de la planification familiale (mise à jour octobre 2018)
- Réduction des grossesses précoces et involontaires chez les adolescentes (mise à jour octobre 2018)
- Amélioration de la prestation de services de planification familiale pendant les crises humanitaires
- Assurer la sécurité des contraceptifs par des chaînes d'approvisionnement efficaces
- Élargissement du choix des contraceptifs (mise à jour octobre 2018)
- Partenariat avec le secteur privé pour renforcer la fourniture de la contraception

Seuls les auteurs sont responsables des opinions exprimées dans cet article qui ne représentent pas nécessairement les opinions, décisions ou politiques des institutions avec lesquelles ils sont affiliés.

La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi.

- Family Planning Evidence Brief—Accelerating uptake of family planning: WHO/RHR/17.07
- Family Planning Evidence Brief—Partnering with the private sector: WHO/RHR/17.08
- Family Planning Evidence Brief—Ensuring contraceptive security through effective supply chains: WHO/RHR/17.09
- Family Planning Evidence Brief—Reducing early and unintended pregnancies among adolescents: WHO/RHR/17.10
- Family Planning Evidence Brief—Reducing early and unintended pregnancies among adolescents: programme priorities: WHO/RHR/17.11
- Family Planning Evidence Brief—Ensuring adequate financing of family planning commodities and services: WHO/RHR/17.12
- Family Planning Evidence Brief—Improving family planning service delivery in humanitarian crises: WHO/RHR/17.13
- Family Planning Evidence Brief—Expanding contraceptive choice: WHO/RHR/17.14

Ce document a été financé par UK AID du gouvernement britannique ; toutefois, les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement les politiques du gouvernement britannique.

Préparé en juillet 2017. Mise à jour octobre 2018